

〈平成30年度〉
合同歯科健診申込書・名簿（出版健保会館7階ホール）

※受診希望日の2週間前までに申込・提出してください。日程は17ページにあります。

申込日 平成 年 月 日

事業所記号	事業所名（支社・支店・営業所等）			
事業所所在地	〒			
担当者名・連絡先	TEL		FAX	
希望日時	保険証番号	氏名・フリガナ	性別	生年月日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日
／ :			男・女	昭・平 年 月 日

切り取ってください

記入例

6 / 18 10 : 15 9 : 00 ~ 11 : 30、13 : 00 ~ 16 : 30 の間に、15 分間隔を目安に記入してください。

※申込状況により希望日時を変更していただく場合がございますが、それ以外は連絡いたしませんので事業所内で振り分けた希望日時に出版健保会館7階ホールへ直接お越し下さい（保険証をお忘れなく、ご提示ください）。
 歯科医師による口腔検査と歯科衛生士による歯石除去・ブラッシング指導を行ないますので、受診前に歯を磨くか口をすすいでください（口紅はふき取ってください）。

出版健康保険組合
 〒 101-8304 東京都千代田区神田駿河台 1-7
 ☎:03(3292)5091 FAX:03(3292)4120